

THESE 1213

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

M^{ME} PASCAL-TOUREILLE, ISETTE GENEVIEVE HENRIETTE

Ancienne Externe des Hôpitaux de PARIS

Née le 3 Mai 1934 à TOURS (I & L)

Présentée et soutenue publiquement le 1962

CONTRIBUTION A L'ETUDE CLINIQUE DES
SYMPHYSES ENDO-UTERINES
ET DU.

PRONOSTIC OBSTETRICAL

A PROPOS DE 4 OBSERVATIONS PRISES DANS LE
SERVICE DE Monsieur le Professeur R. MERGER

PRESIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR R. MERGER

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

M^{ME} PASCAL-TOUREILLE, ISETTE GENEVIEVE HENRIETTE

Ancienne Externe des Hôpitaux de PARIS

Née le 3 Mai 1934 à TOURS (I & L)

Présentée et soutenue publiquement le



CONTRIBUTION A L'ETUDE CLINIQUE DES

SYMPHYSES ENDO-UTERINES

ET DU.

PRONOSTIC OBSTETRICAL

A PROPOS DE 4 OBSERVATIONS PRISES DANS LE
SERVICE DE Monsieur le Professeur R. MERGER

PRESIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR R. MERGER



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.), BULLIARD (H.),
 CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), DEBRE (R.), FEY (B.),
 GASTINEL (P.), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOL (P.),
 LARCHE (G.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.),
 MENDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), OLIVIER (E.),
 PASTEUR VALLERY RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), QUENU (J.), RICHEL (C.),
 SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.).

DCYEN L. BINET

Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Jean VERNE

2^e ASSESSEUR Gaston CORDIER

P R O F E S S E U R S

1° - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a.- Professeurs titulaires :

ANATOMIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ANESTHESIOLOGIE

BIOCHIMIE MEDICALE

BIOLOGIE APPLIQUEE A L'EDUCATION PHYSIQUE
 & AUX SPORTS

BIOLOGIE MEDICALE

CANCEROLOGIE MEDICALE ET SOCIALE

EMBRYOLOGIE

HISTOIRE DE LA MEDECINE & DE LA CHIRURGIE
 (Leriboisière)

HISTOLOGIE

HYGIENE ET MEDECINE PREVENTIVE

MEDECINE DU TRAVAIL

MEDECINE LEGALE

MICROBIOLOGIE (Bactériologie et Virologie)

PARASITOLOGIE

MM.

DELMAS (A.)

DELARUE (J.)

BAUMANN (J.)

JAYLE (M.F.)

SCHAPIRA (G.)

CHAILLEY-BERT (P.)

FAUVERT (R.)

BERNARD (J.)

GIROUD (A.)

N ...

VERNE (J.)

JOANNON (P.)

DESOLLE (H.)

PIEDELIEVRE (R.)

FASQUELLE (R.)

GALLIARD (H.)

MM.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE
 PATHOLOGIE EXOTIQUE
 PATHOLOGIE EXPERIMENTALE ET COMPAREE
 PATHOLOGIE MEDICALE
 PATHOLOGIE RESPIRATOIRE
 PATHOLOGIE & THERAPEUTIQUE GENERALES
 PHARMACOLOGIE
 PHYSIOLOGIE

PHYSIOLOGIE & PATHOLOGIE OBSTETRICAL
 PHYSIQUE MEDICALE

RADIOLOGIE MEDICALE

TECHNIQUE CHIRURGICALE & CHIRURGIE EXPERIMENTALE
 THERAPEUTIQUE

HUGUIER (J.)
 LAVIER (G.)
 MERKLEN (F.P.)
 MILLIEZ (P.)
 TURIAF (J.)
 BOUDIN (G.)
 CHEYMOL (J.)
 BINET (L.)
 BARGETON (D.)
 LEFAGE (F.)
 DOGNON (A.)
 DJOURNO (A.)
 DESGREZ (H.)
 N ...
 CONTE (M.)

b.- Professeurs à titre personnel :

BIOCHIMIE MEDICALE

BIOLOGIE MEDICALE

EMBRYOLOGIE

HYGIENE & MEDECINE PREVENTIVE

PARASITOLOGIE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

PHARMACOLOGIE

PHYSIOLOGIE

PHYSIQUE MEDICALE

DESGREZ (P.)
 POLONOVSKI (J.)
 BOURLIERE (F.)
 TUCHMANN (H.)
 DEPARIS (M.)
 BRUMPT (L.C.)
 LAURENCE (G.)
 LEVY (Melle J.)
 FARROT (J.)
 KELLERSHOHN (L.)

2° - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a.- Professeurs titulaires :

CLINIQUE CARCINOLOGIQUE CHIRURGICALE (Necker)

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE (Brousseis)

CLINIQUES CHIRURGICALES

Beaujon
 Cochin
 Hôtel-Dieu
 Pitié
 Saint Antoine
 Salpêtrière
 TENON

REDON (H.)
 MOUQUIN (M.)
 LORTAT-JACOB (J.L.)
 LEGER (L.)
 PATEL (J.)
 CORDIER (G.)
 GOSSET (J.)
 SICARD (A.)
 OLIVIER (Cl.)

MM.

CLINIQUE DE CHIRURGIE INFANTILE & ORTHOPÉDIQUE	FEVRE (M.)
CLINIQUE CHIRURGICALE ORTHOPÉDIQUE & REPARATRICE (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R.)
CLINIQUE DE CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
CLINIQUE DE CHIRURGIE PLEURO-PULMONAIRE (Loenneux)	MATHEY (J.)
CLINIQUE ENDOCRINOLOGIQUE (Pitié)	DECOURT (J.)
CLINIQUE DE GÉNÉTIQUE MÉDICALE (Enfants Malades)	LAMY (M.)
CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE (Broca)	FUNCK BRENTANO (P.)
CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES & SYPHILITIQUES (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS (Enfants Malades)	CATHALA (J.)
CLINIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES (Claude Bernard)	MOLLARET (P.)
CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE (Sainte Anne)	DELAY (J.)
CLINIQUE DES MALADIES MÉTABOLIQUES (Necker)	HAMBURGER (J.)
CLINIQUE DES MALADIES DU SANG (Broussais)	MARCHAL (G.)
CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
CLINIQUES MÉDICALES Boucicaut	LENEGRE (J.)
Broussais	SOULIE (P.)
Cochin	JUSTIN-BÉGANCON (L.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Lariboisière	SEZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
CLINIQUE MÉDICALE D'HYDROLOGIE THÉRAPEUTIQUE & CLIMATOLOGIE (Bichet)	DEBRAY (C.)
CLINIQUE MÉDICALE PROFÉDEUTIQUE (Broussais)	GENNES (L. de)
CLINIQUE MÉDICO-SOCIALE DU DIABÈTE SUCRÉ & DES MALADIES DE LA NUTRITION (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
CLINIQUE DE NEURO-CHIRURGIE (Pitié)	DAVID (M.)
CLINIQUE NEUROLOGIQUE (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
CLINIQUES OBSTÉTRICALES Baudelocque	LACOMME (M.)
Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
CLINIQUE OBSTÉTRICALE & GYNÉCOLOGIQUE (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE (Lariboisière)	AUBRY (M.)
CLINIQUE DE PÉDIATRIE & DE PUÉRICULTURE (Saint Vincent de Paul)	LELONG (M.)
CLINIQUE DE PÉDIATRIE SOCIALE (Enfants Malades)	MARIE (J.)

MM.

CLINIQUE DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE (Laennec)	BERNARD (E.)
CLINIQUE DE NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE MEDICALE ET SOCIALE (Cochin)	COSTE (F.)
CLINIQUE STOMATOLOGIQUE (Pitié)	DECHAUME (M.)
CLINIQUE THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE (Veugierard)	ROUX (M.)
CLINIQUE THERAPEUTIQUE MEDICALE (Saint Antoine)	LEMAIRE (A.)
CLINIQUE TOXICOLOGIQUE	GAULTIER (M.)
CLINIQUE TRAUMATOLOGIQUE	PADOVANI (P.)
SEMEIOLOGIE MEDICALE	DOMART (A.)
SEMEIOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALE	POILLEUX (F.)
CLINIQUE UROLOGIQUE (Necker)	COUVELAIRE (R.)
HYGIENE & CLINIQUE DE LA PREMIERE ENFANCE	TURPIN (R.)

b.- Professeurs à titre personnel :

MEDECINE	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES & MAITRES DE
CONFERENCES - AGREGES

ANATOMIE	MM. CABROL (C.), CAUINAUD (C.), GILLOT (C.), OLIVIER (G.)
ANATOMIE	Mlle GAUTHIER-VILLARS (F.) Pr. s. ch.
PATHOLOGIQUE	MM. ABELANET (R.), BUSSET (F.), CHOMETTE (G.), GOUYGOU (CH.) M. Conf., NEZELOFF (CH.), ORCEL (L.), PATILLAS (J.)
ANESTHESIOLOGIE	KERN (E.), VOURC'H (G.)
BACTERIOLOGIE	BARBIER (P.), CHRISTOL (D.), LE MINOR (L.), TOURNIER (P.)
BIOCHIMIE MEDICALE	BAULIEU (Et.) M. Conf., BOURILLON (R.), CARTIER (P.), DREYFUS (J. Cl.), GONNARD (P.), KRUH (J.), JEROME (H.)
BIOLOGIE APPLIQUEE A L'EDUCATION PHYSIQUE & AUX SPORTS	M. FLAS (F.)
CARCINOLOGIE	MM. BOIRON (M.), DENOIX (P.), MATHE (G.), SELIGMANN (M.)

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE	MM. CIVATTE (J.), DUPERRAT (B.)
ELECTRO-RADIOLOGIE	M. LEDOUX-LEBARD (G.)
HEMATOLOGIE	MM. BESSIS (M.), BILSKI-PASQUIER (G.), DAUSSET (J.), DUHAMEL (G.)
HISTOLOGIE	MM. COUJARD (H.) Pr. s. ch., MAROIS (M.), RACADOT (J.)
HYDROLOGIE	MM. BESANCON (F.), CORNET (A.)
HYGIENE	MM. BOYER (J.) Pr. s. ch., BLANCHER (G.), Mme CORRE-HURST (L.) M. SAPIN-JALOUSTRE (H.)
MALADIES INFECTIEUSES	MM. BASTIN (R.), DUPONT (V.)
MEDECINE LEGALE	MM. LEROBERT (L.) Pr. s. ch. FOURNIER (E.), GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
MEDECINE DU TRAVAIL	M. ALBAHARY (C.)
NEURO-CHIRURGIE	M. PERTUISET (B.)
OBSTETRIQUE	MM. GRANJON (A.), HERVET (E.), LE LORIER (G.), LEVY (J.), MORIN (P.), MUSSET (R.), ROBEY (M.), SENEZE (J.), SUREAU (G.), THOYER-ROZAT (J.).
OPHTALMOLOGIE	MM. BREGEAT (P.), DUBOIS (A.), SARAUX (H.).
ORTHOPEDIE	MM. JUDET (R.), MEARY (R.), POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	MM. DEBAIN (J.), PIALOUX (P.),
PARASITOLOGIE	MM. GOLVAN (Y.), LAPIERRE (J.)
PATHOLOGIE CHIRURGICALE	MM. BARCAT (J.), BINET (J.P.), CAUCHOIX (J.), CERBONNET (G.), CHATELIN (C.L.), DUBOST (Ch.), DUBOST (Cl.), FAUREL (J.), FLABEAU (F.), GARBAY (M.), GARNIER (H.), Le GAUDART d'ALLAINES (Cl.), GERMAIN (A.), LATASTE (J.), LEVEQUE (B.), LOYGUE (J.), MERCADIER (M.), NATALI (J.), PELLERIN (D.), PERROTIN (J.), ROBERT (H.), THOMERET (G.)
PATHOLOGIE EXOTIQUE	SCHNEIDER (J.)

PATHOLOGIE EXPERIMENTALE	MM. BENHAMOU (J.P.), BERTHAUX (P.), BOIVIN (P.), CROSNIER (J.), HARTMANN (L.), LOEPER (J.), MAURICE (J.), MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
PATHOLOGIE MEDICALE	MM. AUSSANNAIRE (M.), BOUVIER (J.), BOUVRAIN (Y.), BRICAIRE (H.), BRISSAUD (J.), BROCARD (H.), BUGE (A.), CATINAT (J.), CHRETIEN (J.), COBLENTZ (B.), CONTAMIN (F.), COURY (C.), ETIENNE (J.P.), FREZAL (J.), FRITEL (D.), HENNEQUET (A.), HIMBERT (E.), HOUSSET (E.), LAROCHE (Cl.), LESOBRE (R.), MACREZ (C.), MOREAU (L.), NICK (J.), ROYER (P.), TOURNEUR (R.), WOLFROMM (R.)
PEDIATRIE-PUERICULTURE	MM. JOSEPH (R.), LAFOURCADE (J.), LEPERCO (C.), MANDE (R.), MOZZICONACCI (P.), POLONOVSKI (C.), ROSSIER (A.), VIALATTE (J.)
PHARMACOLOGIE	MM. BOISSIER (J.), LECHAT (P.),
PHYSIOLOGIE	MM. BARRES (G.), DEJOURS (P.), DURAND (J.), GIRARD, M. Conf., HUGELIN (A.), SCHERRER (J.).
PHYSIQUE MEDICALE	MM. CHANTEUR (J.), GOUGEROT (L.) M. Conf. Pr. s. ch., GREMY (P.), M. Conf. MILHAUD (G.), PELLERIN (P.), ROUCAYROL (J. Cl.), TUBIANA (M.), M. Conf.
PNEUMO-PHTISIOLOGIE	MM. KREIS (B.), MEYER (A.), RENAULT (P.)
PSYCHIATRIE	M. PICHOT (P.)
PSYCHIATRIE INFANTILE	MM. DENIKER (P.), DUCHE (D.), FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
RHUMATOLOGIE	M. DELBARRE (F.)
STOMATOLOGIE	M. CERNEA (P.) Mme A. CHAPUT, M. Conf. Agr., M. GRELLET
THERAPEUTIQUE	MM. CHASSAGNE (P.), LAMOTTE (M.), MARCHE (J.)
UROLOGIE	MM. AUVERT (J.), MOULONGUET (A.), QUENU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE (à titre permanent)

ANATOMIE	M. J. DEBEYRE
CLINIQUE CHIRURGICALE	MM. ABOULKER (P.) AMELINE (A.) Pr. s. ch., VERNE (J.M.)
CLINIQUE MEDICALE	MM. PERRAULT (M.), RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
CLINIQUE OBSTETRICALE	MM. GRASSET (J.), MAYER (M.)
CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE	MM. DESVIGNES (P.), OFFRET (G.)
CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE	
	M. MADURO (R.)
CLINIQUE PEDIATRIQUE & PUERICULTURE	M. R. LAPLANE
CLINIQUE PSYCHIATRIQUE	M. H. BARUK
CLINIQUE UROLOGIQUE	M. R. KUSS

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

BACTERIOLOGIE	M. HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
PATHOLOGIE CHIRURGICALE	M. RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V.- CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE & UNIVERSITAIRE :

	MM. BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire Général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principale	Melle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	} M. le Docteur HAHN
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateur	Melle DUNATRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.) Melles LAURENT (H.) LE NOIR (G.) QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS.

A MON MAITRE et PRESIDENT de THESE :

Monsieur le Professeur R. M E R G E R

Professeur de Clinique Obstétricale (FOCH - SURESNES)

à la Faculté de Médecine de PARIS

Gynécologue - Accoucheur des Hôpitaux de PARIS

AVEC TOUTE MA CONSIDERATION

A MON MAITRE :

Monsieur le Professeur J. V A R A N G O T ,

Professeur de Clinique Obstétricale et Gynécologique
à la Faculté de Médecine de PARIS

dont j'ai beaucoup appris.

A Monsieur le Professeur Agrégé J. LEVY

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux de PARIS,

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse.

A MES AUTRES MAITRES D'EXTERNAT :

Messieurs les Professeurs E. BRISSAUD,

J. GOSSET,

J. GRASSET,

A. MONOD.

A Monsieur le Docteur Y A N N O T T E

Avec toute mon amitié.

INTRODUCTION

Nous nous proposons d'étudier l'avenir obstétrical des femmes porteuses de symphyses utérines, traitées ou non, à propos de quatre observations prises dans le service de Monsieur le Professeur R. MERGER.

Nous étudierons successivement :

- 1° - Les types de symphyses rencontrées,
- 2° - Les possibilités de grossesse d'après le type de la symphyse endo-utérine,
- 3° - Les accidents qui peuvent compliquer la grossesse,
 - . pendant la grossesse,
 - . au moment de l'accouchement,
 - . durant la période de délivrance.

Nous détaillerons ensuite notre quatre observations et les remarques que nous avons faites à leur sujet.

Si la plupart des femmes porteuses d'une symphyse endo-utérine sont stériles, il n'est toutefois pas exceptionnel de voir évoluer une grossesse.

Jusqu'à présent, les problèmes ayant intéressé le clinicien étaient d'ordre diagnostique et thérapeutique.

Actuellement, étant donné que le diagnostic est fait facilement par l'hystérogrophie, que plusieurs méthodes de traitement sont au point, certaines femmes sont devenues enceintes après la cure de la symphyse endo-utérine.

Quel est d'abord, rapidement évoqué ici, le mécanisme des symphyses endo-utérines :

I.- LES SYMPHYSES ENDO-UTÉRINES PROVOQUÉES

- Rarement à la suite d'un curetage abrasif pratiqué sur un utérus non gravide : 1 cas sur 50 dans la statistique de 1957 de MUSSET.
- En revanche, la gravidité joue un rôle important :
 - . à la suite d'un curetage post abortum
 - . à la suite d'un curetage post partum.

Dès 1947, le Professeur R. MERGER écrivait :

" Les curetages post partum sont à peu près constamment néfastes...
" Dans les stérilités secondaires, la fréquence des avortements suivis de curetage est considérable. Il s'agit le plus souvent de
" stérilité par oblitération tubaire, il peut s'agir aussi de stérilité d'origine utérine."

. Bien moins fréquemment, à l'origine de la symphyse endo-utérine, peuvent se rencontrer une délivrance artificielle, une révision utérine, un tamponnement ou même une compresse oubliée.

. Par ailleurs, d'après ASHERMAN, la rétention ovulaire expose tout particulièrement l'utérus à de semblables complications.

Enfin, bien que moindre, l'infection semble aussi jouer un rôle dans la genèse des symphyse endo-utérines.

2.- LES SYMPHYSES ENDO-UTÉRINES SPONTANÉES

- D'origine tuberculeuse :

Elles ont été mises en évidence pour la première fois par NETTER, en 1954.

Si la stérilité peut être due ici à une coalescence des parois utérines, il ne faut pas oublier que les lésions de l'endomètre s'accompagnent de lésions tubaires et ovariennes et que le traitement de la symphyse endo-utérine sera insuffisant à guérir la femme de sa stérilité.

Quel est l'avenir obstétrical des femmes porteuses de symphyse endo-utérine ?

- d'une part, celles dont la symphyse endo-utérine se révélera par une complication au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de la délivrance. La conduite à tenir sera ici essentiellement fonction du diagnostic.

Si la femme a déjà été enceinte, on l'interroge sur son passé obstétrical, curetages, révision utérine, absence de retour de couches à la suite de ces manoeuvres, aménorrhée ou troubles des règles, en particulier oligoménorrhée, s'accompagnant de vomissements, de douleurs abdominales.

D'après BRET (1957), un facteur terrain doit intervenir dans la genèse des symphyses endo-utérines, car si certaines femmes n'ont pas de symphyses endo-utérines malgré des avortements et des curetages répétés, d'autres en présentent une après un seul curetage.

D'après les observations relevées dans la littérature et nos propres observations, le plus redoutable des curetages, responsable de la constitution des symphyses endo-utérines, semble être le curetage post partum.

- A côté de ces cas, où le diagnostic de symphyse endo-utérine est fait à l'occasion d'une grossesse, il existe le problème des femmes dont la symphyse endo-utérine a été traitée et qui sont devenues enceintes; dans ce dernier cas, il est à noter qu'il y a très peu de succès thérapeutiques et qu'il faut savoir se contenter de la reprise d'une menstruation normale, ce qui est déjà un très beau résultat.

Quand une femme porteuse d'une symphyse
endo-utérine devient-elle enceinte ?

a.- d'après le type de la symphyse endo-utérine :

Les symphyses endo-utérines traumatiques ont bien moins mauvais pronostic que les symphyses endo-utérines spontanées.

b.- D'après la localisation de la symphyse endo-utérine :

Mauvais pronostic des symphyses endo-utérines cervico-isthmiques - 0 cas sur 6 dans la statistique de MUSSET.

Meilleur pronostic des localisations corporeales 15 cas sur 29 dans cette même statistique (1957).

c.- D'après l'ancienneté de la symphyse endo-utérine :

La femme a d'autant plus de chances de devenir enceinte, que la symphyse endo-utérine est plus récente ou qu'elle a été traitée plus près de sa constitution .

A ce sujet, il faut rappeler ce que dit NETTER dans son étude anatomo-pathologique des symphyses endo-utérines :

" les adhérences, quelles que soient leurs localisations, sont d'aspect variable très récentes, ce sont de simples coalescences, car elles offrent moins de résistance à la dilatation et à l'écartement, que les tissus environnants et peuvent être par conséquent clivées.

" Plus anciennes, ce sont de larges ponts d'aspect fibro-musculaire, ou plus souvent musculaire, difficiles ou impossibles à distinguer du myomètre environnant. Les symphyses endo-utérines du post partum semblent plus serrées, plus résistantes, plus homogènes que celles du post abortum."

Quels sont les accidents susceptibles de compliquer la grossesse ?

!.- LES MENACES D'AVORTEMENT

à un stade plus ou moins précoce, ils sont dus :

- en cas de symphyse endo-utérine non traitée,

- à une cause mécanique, le résidu de la cavité utérine étant insuffisant au développement de l'oeuf,
- les modifications de la muqueuse utérine "impropre à la réception et ensuite au développement de l'oeuf" (ASHERMAN).
- peut-être aussi à un dérèglement hormonal, les dosages et les frottis vaginaux étant souvent anormaux en cas de symphyse endo-utérine.
- béance de l'isthme due à une dilatation forcée du col aux bougies et mise en évidence par l'hystéroggraphie.

Les symphyses endo-utérines représentent une cause importante d'avortements :

Dans la statistique de MUSSET (1957), 10 femmes sur 50 porteuses de symphyses endo-utérines présentaient des avortements dont 5 à répétition - 26 cas sur 95 dans la statistique d'HALBRECHT.

Ces avortements, par ailleurs d'aspect banal, seraient caractérisés par la fréquence des rétentions ovulaires (ASHERMAN).

Le traitement est celui des avortements sur utérus hypoplasique ou malformé :

- . repos prolongé, antispasmodiques,
- . traitement hormonal.

D'après ASHERMAN, "un assez grand pourcentage de cas arrive à un accouchement par moyens médicaux seulement, sans intervention chirurgicale"

Toutefois, si l'avortement survient, ASHERMAN conseille la rupture des adhérences au doigt, suivie d'un tamponnement de l'utérus avec des mèches paraffinées, ou la mise en place d'un drain intra-utérin pour prévenir la reconstitution des adhérences.

Dans le cas particulier où il s'agit d'un avortement par béance de l'isthme, on pratique un cerclage du col dès le début de la grossesse.

2.- L'ÉVOLUTION DE LA GROSSESSE

La surveillance hormonale de la grossesse apparaît d'un intérêt primordial, car il s'agit d'un placenta qui se développe mal.

On pratiquera donc, même en l'absence de menace d'interruption prématurée de la grossesse :

- Dosage des stéroïdes urinaires et
- Frottis vaginaux.

Et même en cas de réponse normale, MUSSET conseille de poursuivre une thérapeutique de stimulation par stilboestrol à doses modérées.

3.- L'ACCOUCHEMENT

- LA PREMATURITE, dans une statistique de MUSSET, portant sur 30 femmes, on compte :

- . 19 avortements,
- . 10 accouchements prématurés,
- . 1 seul accouchement à terme.

En ce qui nous concerne, comme nous le verrons, nous avons eu deux accouchements à terme sur quatre observations.

- LES ANOMALIES DE LA PRESENTATION -

Diverses causes sont retrouvées dans leur étiologie :

- . La forme exigüe de la cavité utérine en cas de symphyse endo-utérine corporeale,
- . Une anomalie de formation du segment inférieur, en cas de synéchie cervico-isthmique ou cervicale,
- . Le siège du placenta, parfois praevia.

On peut tenter de verticaliser le fœtus par manœuvres externes, c'est ce qui a été fait dans deux de nos observations, mais avec échec dans les deux cas, le fœtus se re-plaçant en position oblique au bout de quelques heures.

On pratique alors une césarienne à l'occasion de laquelle il est possible de sectionner les brides ou de restaurer la cavité.

- LES ANOMALIES DE LA CONTRACTION UTERINE -

Hormis le cas de présentation oblique ou de placenta praevia, "le travail de l'accouchement ne semble pas affecté par la présence des adhérences" (P. MUSSET).

Ainsi donc, en dehors des cas :

- . de présentation transversale,
- . de placenta praevia,
- . de non formation du segment inférieur par symphyse cervico-isthmique ou cervicale,

il n'y a pas plus de risque de complication au cours de l'accouchement que dans une grossesse normale.

Citons toutefois l'observation, relevée par MUSSET en 1957, d'un fœtus retenu in utero et étranglé par une bride avec impossibilité d'extraction par voie naturelle.

- LES ANOMALIES D'INSERTION PLACENTAIRE -

L'insertion vicieuse du placenta paraît plus fréquente en cas de symphyse endo-utérine, que sur un utérus normal; nous l'avons retrouvée dans deux de nos observations.

On peut donc rencontrer toutes les complications inhérentes à une telle localisation : hémorragie, obstacle à l'accommodation de la présentation, mauvaise dilatation du col et nécessité de passer par voie haute.

- LES MALFORMATIONS FOETALES -

Pour MUSSET, la morbidité fœtale est très élevée.

- Sur 30 grossesses, il cite 2 enfants vivants au-delà de 1 mois, dont 1 normal, 3 malformations crâniennes.

En ce qui nous concerne, nos 4 observations ne nous ont pas donné l'impression d'un pronostic foetal aussi mauvais, puisque 3 femmes sur 4 ont donné naissance à des enfants normaux et bien portants, et la quatrième, dont l'enfant est mort in utero au 8ème mois, présentait une albuminurie et une hypertension.

D'après HALBRECHT, les modifications utérines seraient peut-être susceptibles de créer des anomalies embryonnaires : " ... très possible, semble-t-il, est la supposition que " des malformations sont causées par des conditions de milieu " intra-utérin défavorables qui agissent sur le développement du " trophoblaste et tout particulièrement par un défaut de vascularisation de la zone d'implantation de l'ovule fécondé."

Pour MUSSET, les anomalies fœtales pourraient relever aussi des brides intra-utérines. C'est ainsi que s'expliqueraient :

- les sillons d'amputation des membres,
- les brides amniotiques.

4.- LA DÉLIVRANCE

Très fréquents sont les risques d'adhérences anormales du placenta :

En 1957, MUSSET avait mis l'accent sur cette complication et écrivait alors :

" Il paraît certain que les modifications anatomiques de la caduque inter-utero-placentaire, plus marquées dans " la couche spongieuse, perturbent fréquemment le mécanisme de la " délivrance, exposant aux hémorragies, aux rétentions cotyloédonnaires " et même au placenta accreté".

Il avait alors cité 6 cas sur 30 grossesses

A la même époque, l'opinion du Professeur R. MERGER différait :

" Les adhérences anormales du placenta, son insertion vicieuse, voire le placenta accreta, sont, en réalité, des accidents tardifs du curetage, au même titre que la synéchie elle-même. C'est la destruction de l'endomètre qui est la cause des deux accidents."

Et MUSSET, en 1960, arrivait à la même conclusion :

" On conçoit facilement que les modifications de l'endomètre gestatif habituelles en cas de synéchie entravent le décollement placentaire. Ce serait donc, en dernière analyse, les anomalies cicatricielles de la muqueuse utérine créées par le traumatisme de la délivrance artificielle ou du curetage qui se trouveraient à l'origine du placenta accreta; plutôt que la synéchie elle-même, celle-ci témoignant seulement par sa présence de l'intensité de l'agression utérine."

Les auteurs lyonnais attribuent un rôle aux ectopies endométriales et à la métrose endophytique dans l'étiologie du placenta accreta." La pénétration des glandes dans le myomètre offre une voie d'abord facile et présente même une zone attractive aux villosités crampons".

Quoiqu'il en soit, il est certain que le problème est bien différent selon que la symphyse endo-utérine était connue ou non.

- Si la symphyse endo-utérine avait été diagnostiquée ou même soupçonnée, a fortiori, s'il s'agissait d'une femme opérée d'une symphyse endo-utérine, il est évident que, devant toujours redouter la possibilité d'un placenta accreta, l'accouchement avait eu lieu en milieu chirurgical et qu'à l'avance avaient été prises des dispositions favorisant la prophylaxie ou le traitement d'accidents redoutables, toujours possibles.

- Mais, lorsque la symphyse endo-utérine a été méconnue jusqu'à l'accouchement, cette erreur de diagnostic est très grave, si l'on s'acharne à décoller le placenta par voie basse et l'on peut observer :
 - des hémorragies graves,
 - une rupture utérine, l'utérus porteur d'une symphyse endo-utérine étant plus fragile qu'un utérus normal.
- La conduite à tenir est l'intervention par voie haute. Mais, même dans ce cas, les difficultés sont nombreuses : Impossibilité de détacher certains cotylédons, risque d'hémorragie en nappe, possibilité de rupture utérine, entraînent parfois la nécessité d'une hystérectomie.

OBSERVATION N° 1

Madame G ... 26 ans

- Vient consulter pour aménorrhée de six mois apparue à la suite d'un curetage consécutif à une F.C. provoquée. Cette aménorrhée s'accompagne de douleurs à la date des règles.
- Une hystérogaphie montre une symphyse complète de la cavité utérine.
- 8 mois après le curetage, cure de la symphyse : dilatation du col; aux bougies, clivage de la cavité utérine et mise en place d'un drain de MOUCHOTTE.
- Un mois plus tard, réapparition des règles qui persistent par la suite plus ou moins régulièrement.
- L'hystérométrie montre une cavité utérine longue de 6 cm.
- L'hystérogaphie montre un passage dans la trompe gauche.
- Un an $\frac{1}{2}$ après l'intervention, la femme fait une F.C. spontanée de 5 mois $\frac{1}{2}$.
- Quelques mois plus tard, nouvelle grossesse : On pratique un cerclage du col dès le 2ème mois

A 5 mois $\frac{1}{2}$, apparition de métrorragies de sang rouge, les frottis vaginaux sont peu satisfaisants, montrant une éosinophilie trop importante pour l'âge de la grossesse. On décide un traitement hormonal :

- . Stilboestrol,
- . Progesterone retard,
- . Cortancyl,

Antispasmodiques et repos au lit.

Traitement et hospitalisation seront poursuivis jusqu'à la fin de la grossesse; malgré tout, les métrorragies et les contractions utérines persistent par intermittence, tandis que la grossesse se déroule par ailleurs normalement.

- A 8 mois, décerclage du col : le travail commence immédiatement : l'enfant est en position céphalique, l'engagement se fait en O.I.D.P.
le dégage-ent en O.P. d'un enfant vivant, criant aussitôt.
Poids : 2.660 grammes.
- Durée du travail : 2 heures.
- Délivrance artificielle : petit côté de 5 cm, suivie de révision utérine pour s'assurer de l'intégrité de la cavité utérine.
- Retour de couches normal.
- Actuellement, cette femme commence une nouvelle grossesse.

OBSERVATIONS

Il s'agit ici d'un succès thérapeutique complet puisque, non seulement les règles sont revenues, mais une grossesse a évolué normalement.

Certaines remarques peuvent être faites à propos de cette observation :

- l'intérêt de traiter une symphyse endo-utérine le plus tôt possible après sa constitution.
- la possibilité de béance de l'isthme après la dilatation du col aux bougies efficacement traitée par cerclage du col dès le début de la grossesse,
- contrastant avec une grossesse émaillée d'incidents ; (hémorragies, contractions utérines, malgré le traitement et le repos au lit), la bonne marche du travail qui a duré 2 h. chez cette primipare, secondigeste.
- le siège un peu aberrant du placenta.

OBSERVATION N° 2

Madame M ... 33 ans

Terti. pare - Sextigeste -

- Vient nous consulter pour la première fois, alors qu'elle est enceinte de deux mois.
- Après deux accouchements normaux et trois fausses-couches provoquées, suivies de curetages, s'est installée progressivement une hypoménorrhée.
- La grossesse se déroule normalement.
- Au terme de 7 mois $\frac{1}{2}$, la présentation est oblique avec tête dans la fosse iliaque gauche.
- Au terme de 8 mois $\frac{2}{3}$, une tentative de version par manœuvres externes est pratiquée, mais le fœtus se remet rapidement en position transversale, tandis que commence le travail. Mais les contractions utérines sont rares et de faible intensité, malgré la position d'une perfusion de post-hypophyse.
- On pratique alors une césarienne segmentaire transversale.
- Extraction d'un enfant vivant, pesant 3.350 grammes.
- "Le placenta déborde largement sur la face postérieure du segment inférieur affleurant à l'orifice interne du col.

Il existe une bride d'aspect musculaire, large comme le pouce, tendue de la face postérieure du col à la face antérieure du segment inférieur, immédiatement au-dessous de la ligne d'incision (symphyse partielle)".

- Les suites sont entièrement normales: tant pour la mère que pour l'enfant.

OBSERVATIONS

- La symphyse endo-utérine s'est ici constituée à la suite de curetages post abortum.
 - Elle ne s'est manifestée avant la grossesse que par une hypoménorrhée.
 - Il est intéressant de noter ici l'étirement du pont musculaire et l'insertion basse du placenta.
-

OBSERVATION N° 3

Madame T ..., 27 ans

- Vient consulter pour une grossesse d'environ 4 mois.
- Cette terti-pare a présenté, douze jours après son deuxième accouchement, normal par ailleurs, une hémorragie. Un curetage est pratiqué.
- Pas de retour de couches.
- Aménorrhée depuis.
- De multiples examens sont pratiqués dont une hystérographie mettant en évidence une absence de passage du produit de contraste : le diagnostic de symphyse endométrine est posé.
- Devant certains signes subjectifs : nausées, vomissements, gonflement des seins, la femme arrive à situer le début d'une nouvelle grossesse.
- Tout évolue normalement jusqu'au 7ème mois, le fœtus est alors en position transversale.
- Une tentative de verticalisation est alors faite et, malgré la pose d'une ceinture eutocique, le fœtus se remet en position oblique au bout de quelques heures, tandis que le travail se déclenche.
- On essaie une épreuve du travail avec mise en place d'une perfusion de post hypophyse, mais il n'y a pas de formation du segment inférieur, pas de modification du col, la présentation est toujours inaccessible.
- On pratique alors une césarienne corporéale longitudinale,

On constate alors que l'orifice interne de l'utérus est complètement fermé.

- Extraction d'un enfant vivant, pesant 2470 grammes.
- On profite de cette extraction pour pratiquer, par voie basse et sous contrôle de la voie haute, un forage du col avec mise en place d'un tube de MOUCHOTTE.
- La délivrance est tout à fait normale.
- Les suites sont normales.

OBSERVATIONS

Dans cette observation, il est intéressant de noter :

- La constitution de la synéchie après un curetage post partum mais peut-être pourrait-on ajouter un facteur infectieux à son étiologie, infection ayant entraîné l'hémorragie des suites de couches.
 - Le fait qu'aménorrhée et stérilité ne sont pas forcément associées.
 - On peut critiquer la tentative de verticalisation faite trop précocement et déclenchant le travail.
 - Il est regrettable que nous n'ayons pu avoir des nouvelles de cette femme, car il aurait été intéressant de noter si, à la suite du traitement, il y avait eu reprise de la menstruation.
-

OBSERVATION N° 4

Madame F ... 27 ans

Tertipare.

- Vient consulter au terme de 2 mois $\frac{1}{2}$.
- 15 jours après son deuxième accouchement, normal par ailleurs, elle présente une métrorragie, qui entraîne un curetage.
- Retour de couches normal.
- Règles normales.
- Mais une hystérogaphie montre une image de symphyse endométrine.
- Par ailleurs, dans les antécédents, on note une albuminurie à l'âge de 7 ans, mais il n'y a pas eu d'incidents durant les deux premières grossesses.
- Cette nouvelle gestation se complique tout de suite : métrorragies, contractions utérines.
- A 7 mois, malgré de nombreuses menaces d'avortement, l'enfant se développe normalement : il est en présentation céphalique.
- Mais, brusquement, la tension artérielle, jusqu'alors normale, s'élève à 13/9 et apparaît une albuminurie.
- Sous l'influence du régime, tout revient à la normale.
- Au terme de 8 mois $\frac{1}{2}$, diminution des mouvements actifs, tandis que la T.A. est remontée à 15/9.
- En deux jours, disparition des mouvements actifs et apparition de pertes brunâtres.

- Devant les signes de mort foetale : crépitation du crâne, poche des eaux bombante, on déclenche le travail.
- L'expulsion de l'enfant est très rapide, à dilatation non complète.

- Mais le placenta ne se décolle pas.

- On tente alors une révision utérine rendue difficile par un col non entièrement effacé : le placenta est inséré sur la face postérieure et sur le bord droit de l'utérus.

Il est impossible de le sortir en entier, car il est accreta et on est obligé de le morceler.

- A la révision utérine, on découvre une adhérence réunissant la face antéro-latérale au fond de l'utérus à droite.

On la clive au doigt, mais on ne peut arracher les trois petits lambeaux du fond utérin.

- Dans les suites, altération de l'état général, faciès pin-cé, pouls à 100, métrorragies.

Malgré des transfusions et un globe utérin satisfaisant, l'état général reste médiocre.

- On envisage alors l'intervention chirurgicale sous le diagnostic d' "hémorragie persistante au niveau des zones d'insertion du placenta accreta".

- A l'intervention, on constate une rupture sous-péritonéale de tout le bord gauche du segment inférieur qui saigne notablement.

Après tentative de suture endo-utérine et devant une hémorragie qui ne cède pas, on renonce à la suture pour pratiquer une hystérectomie subtotal.

- Dans les suites de cette intervention, on note une embolie pulmonaire au 6ème jour.

OBSERVATIONS

Il est intéressant, au sujet de cette observation, de faire les remarques suivantes :

- Le rôle nocif du curetage post partum sur la constitution de symphyses endo-utérines et dans la possibilité d'adhérences anormales du placenta.

- Les menaces d'avortements fréquentes au cours de grossesses chez des femmes porteuses de symphyses endo-utérines, à la suite d'un curetage post-partum.

Il semble donc que les menaces d'avortement sont une complication tardive du curetage, au même titre que la symphyse endo-utérine et le placenta accreta.

Par contre, l'étiologie de la mort foetale est discutable, semblant plus imputable au syndrome gravidotoxique, qu'à la symphyse endo-utérine.

Enfin, il faut mettre en évidence le danger de vouloir cliver le placenta avec ses possibilités d'hémorragie et de rupture utérine. MUSSET a rapporté aussi l'observation d'une mort par hémorragie cataclysmique, à la suite d'une tentative de clivage d'un placenta accreta (Obs. 1 - Gyn. Obst. T.59, No4).

CONCLUSIONS A PROPOS DE NOS OBSERVATIONS

Nous établirons la classification
suivante :

TYPE DE LA SYMPHYSE ENDO-UTERINE

2 symphyses corporéales partielles : Obs. N°2 et N°4
1 symphyse cervico-isthmique : Obs. N° 3
1 symphyse complète traitée : Obs. N° 1

ETIOLOGIE DE LA SYMPHYSE ENDO-UTERINE

2 curetages post abortum : Obs. N° 1 et N° 2
2 curetages post partum : Obs. N° 3 et N° 4

DEROULEMENT DE LA GROSSESSE

Dans 3 cas sur 4, il y a eu
de nombreuses menaces de F.C. : Obs. N° 1, N° 3, N° 4

TRAVAIL

Présentation oblique dans 2 cas : Obs. N° 2 et N° 3

ACCOUCHEMENT

Césarienne dans 2 cas : Obs. N° 2 et N° 3
Accouchement normal 2 cas : Obs. N° 1 et N° 4

DELIVRANCE

Placenta praevia 1 cas : Obs. N° 2
Petit côté 1 cas : Obs. N° 1
Placenta accreta 1 cas : Obs. N° 4

MORBIDITE FOETALE

Mort in utero 1 cas : Obs. N° 4

CONCLUSIONS

Le petit nombre de nos observations ne nous permet pas d'apporter de conclusions statistiques, tout au plus pouvons-nous faire quelques observations :

1.- AU POINT DE VUE ETIOLOGIQUE :

Nos observations mettent bien en évidence l'étiologie traumatique de la symphyse utérine : curetage post abortum ou post par am.

Nous n'avons rencontré aucun cas de grossesse à la suite de symphyse endo-utérine tuberculeuse même traitée.

2.- AU POINT DE VUE CLINIQUE :

Le pronostic de la grossesse et de la délivrance ne nous a pas paru aussi mauvais que ne le laissait pré-sager les statistiques relevées dans la littérature.

Toutefois, nous ne rapportons ici que quatre observations : une au moins était celle d'une symphyse partielle.

3.- AU POINT DE VUE THERAPEUTIQUE :

a.- Notons le bon résultat de la technique chirurgicale utilisée pour la cure de la symphyse (Obs.N°1) tant pour la marche du travail que pour la délivrance.

b.- Relevons aussi la difficulté de poser les indications thérapeutiques en cas de placenta accreta : l'attitude conservatrice est l'attitude idéale, mais elle n'est pas toujours possible.

4.- LE PRONOSTIC FOETAL

Nous concluons sur une note optimiste :
Nous n'avons eu qu'une seule mort foetale, qui n'est pas
forcément due à la symphyse endo-utérine. Les trois autres
enfants sont vivants et normaux.

VU et PERMIS d'IMPRIMER :

Le RECTEUR de l'ACADEMIE de PARIS :

J. R O C H E

Le DOYEN de la FACULTE
de MEDECINE de PARIS :

Le PRESIDENT de la THESE :

L. B I N E T

R. M E R G E R

BIBLIOGRAPHIE

ABUREL E. et PETRESCOU V.D.

L'aménorrhée dans la tuberculose génitale

Rev. Franç. Gyn. Obst. Avr. 1961, 56, N° 4, 299-310

ARRIGHI L.A., DONOVAN C. et ARRIGHI A.A.

Synéchies utérines corporéales

Sémana méd. 9 Août 1956, 109, N° 3269, 267-271

ARTAUD A.

A propos d'une guérison de stérilité par synéchie utérine

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr. Avr. Mai 1959, 11, N° 2, 149-150.

ASHERMAN J.G.

Sur l'aménorrhée traumatique

J. Obst. Gyn. Brit. Emp. Fév. 1948, 55, N° 1, 23-30

Adhérences intra-utérines traumatiques

J. Obstr. Gyn. Brit. Emp., Déc. 1950, 57, N° 6, 892-896

Synéchies utérines d'origine traumatique

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr. 1957, 9, N° 4 bis, 490-496

ASSUS A. Synéchies utérines. Présentation de clichés radiographiques

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr., 1956, 8, N° 3, 326-329

La synéchie utérine et son diagnostic hystérogaphique

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr., 1957, 9, N° 4 bis, 518-521

BECLERE Cl.

Aménorrhée, après fausse-couche curettée, par sténose de l'isthme utérin

C.R. Soc. Franç. Gyn., Fév. 1950, 20, N°2, 44-48

BERGMAN P. et WEHLIN L.

Les synéchies intra-utérines post-traumatiques

Acta radiol., Juin 1958, 49, N°6, 453-463

BOUCHERIE-GARNIER S. - J.- E.

Contribution à l'étude des synéchies utérines

Thèse PARIS, 1957

BOUSTANY F.N.

Les synéchies utérines (Syndrome d'ASHERMANN).

Rev. Franç. Gyn. Obstr., av. 1961, 56, N°4, 311-315

BRET A.J. et BARDIAUX M.

Les anomalies de dilatation par sténoses cervicales post-thérapeutiques.

Concours Méd., 15 Juillet 1950, 72, N° 28, 2251-2253

BRET A.J. et SENEZE J.

Images radiologiques de tuberculose endométriale; l'injection vasculaire; images de synéchies utérines après traitement.

Gyn. Obst. (suppl.), 1955, 7, N°2, 135-148

BRET A.J. et LEGROS R.

Synéchies utérines et grossesses

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr. 1957, 9, N° 4 bis, 496-502

BROCHIER A., DUMONT M. et FISCHER G.

Synéchie utérine après curetage. Placenta praevia accreta
Césarienne.

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr., Nov-Déc. 1960, 12, N°5, 595

BROUILLARD H.

Les synéchies utérines traumatiques et spontanées.

Thèse LILLE, 1958.

de BRUX J. et SOLAL R.

Etude anatomo-pathologique des synéchies utérines tuber-
culeuses.

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr. Janv-Mars 1960. 12, N°1, 8-16

CATRYSSSE G. Contribution à l'étude des synéchies utérines

Thèse LILLE, 1958.

CHOSSON J., PLASSE G. et SERMENT H.

Cinq cas de synéchies traumatiques

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr., 1957, 9, N° 4 bis, 541-543

H. CORNEJO R. Du diagnostic des sténoses cervicales et de leur trai-
tement par le tube d'iribarne dans la stérilité féminine

Thèse PARIS, 1931.

CREZE J. Avortements à répétition et synéchies utérines

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr., av-mai 1957, 9, N°2, 232

DANA E. Une sequelle rare du curetage de l'uterus puerpéral

New York State J. Med., 15 Oct. 1949, 49, N°20, 2441

DALSACE J. et ROBERT H.G.

Synéchie utérine totale non tuberculeuse
C.R. Soc. Franç. Gyn. Déc. 1954, 24, N°9, 329

DALSACE J. Les synéchies utérines

Progrès Médicale, 24 Mai 1955, 83, N°10, 195-199

Les aménorrhées traumatiques

Gaz. Méd. France, 10 Juillet 1959, 66, N°13, 1147-1151

DALSACE J., MUSSET R., NETTER A., FONTAN R., SALOMON Y. et YANEVA H.

Les synéchies ou symphyses utérines

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr. 1957, 9, N° 1 bis, 163-165

DALSACE J., MUSSET R. et NETTER A.

Les synéchies utérines liées aux évacuations chirurgicales ou obstétricales de l'utérus.

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr., 1957, 9, N°1 bis, 167-220

DEMIOT

Aménorrhée par adhérences cervico-isthmiques

C.R. Soc. Franç. Gyn., Déc.1955, 25, N°8, 420-421

DEVANT J.

Contribution à l'étude des synéchies utérines

Thèse LYON, 1959, N°66

DI PAOLA G. et LIPOVETZKY N.

Adhérences intra-utérines

Semana med., 61, N°3170, 14 Oct. 1954, 679-681

DO AMARAL FERREIRA Cl.

Un cas de synéchie utérine post-opératoire

An. Brasil. Gin., 1959, 47, N°2, 95-100

DROBNJAK P. et RAJHVAJN B.

Contribution au traitement de l'atrésie utérine traumatique

Zbl. Gyn., 9 Juil. 1960, N°28, 1065-1068

FUNCK-BRENTANO P. et DALSACE J.

Les symphyses muqueuses "réversibles" dans l'endométrite tuberculeuse

Gyn. Obstr., av-Mai 1959, 58, N°2, 125-128

GAGNEUR M. (Mme)

Guérison après traitement médical d'une synéchie utérine consécutive à un curetage

C.R. Soc. Franç. Gyn., Fév. 1959, N°2, 77-81

GARES R. et LAFFARGUE P.

Synéchies spontanées de l'utérus d'origine bacillaire

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr., Juin-Juil. 1957, 9, N°3, 338-339

GARNIER R.

Un cas de synéchies utérines après curetage

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr., 1955, 7, N°5, 553

GAUDEFROY

Enquête étiologique et résultats thérapeutiques dans 13 cas de synéchies utérines.

C.R. Soc. Franç. Gyn. Déc. 1956, 26, N°8, 483-491

Grossesse à terme et enfant normal dans un cas de synéchie utérine corporéale totale opérée par la technique à deux équipes

C.R. Soc. Franç. Gyn. Avr. 1958, 28, N°4, 187-190.

GAUTIER P.

Réflexions sur les synéchies utérines traumatiques et spontanées

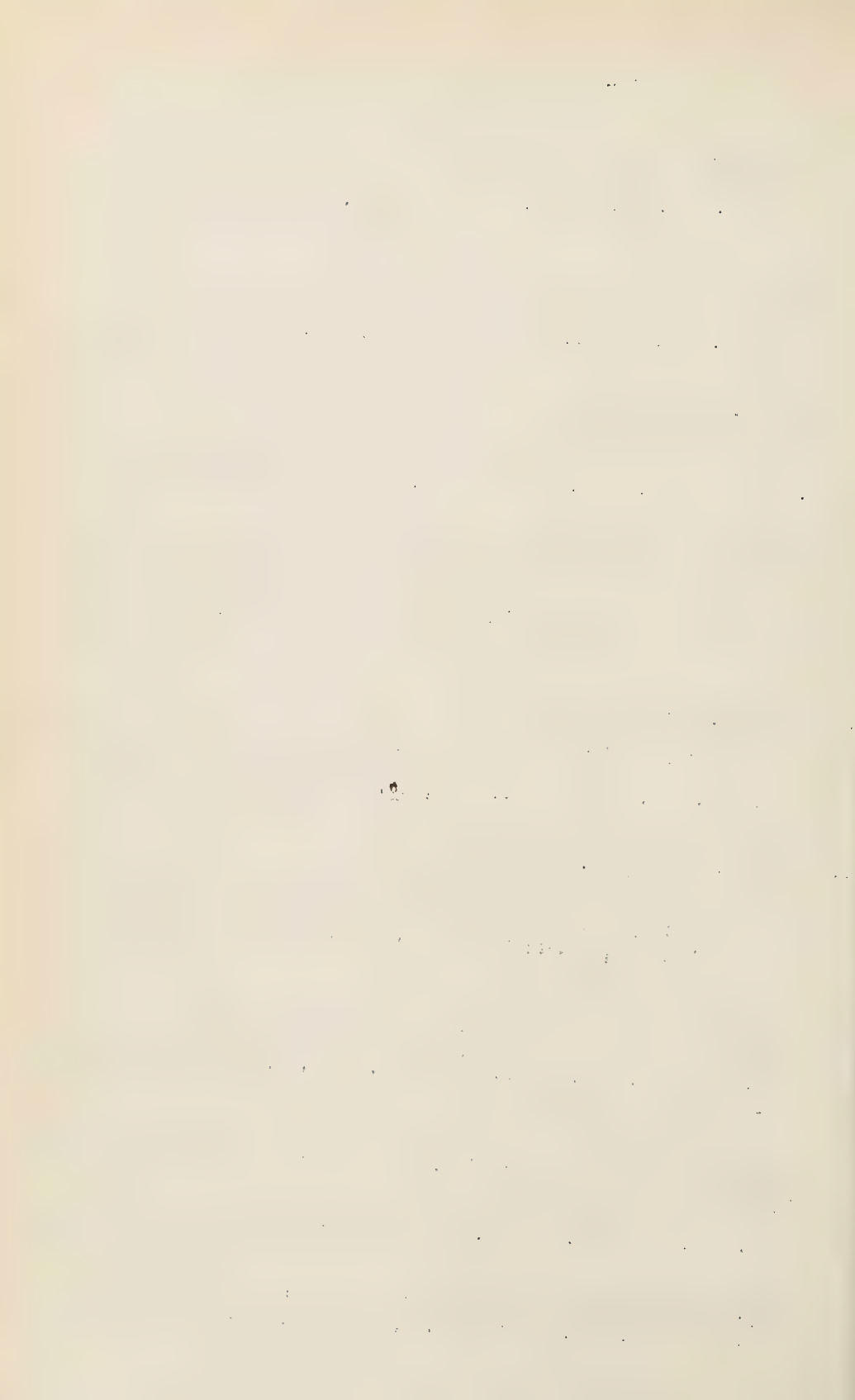
Bull. Féd. Soc. Gyn. & Obstr. 1957, 9, N° 4 bis, 528-530.

GRANJON A.

Les synéchies utérines

Presse méd. (Atlas Radiol.) 16 Mai 1956, 64, N°39, 1-4

- GUILLET E. Synéchies utérines
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr. Av.Mai 1957, 9, N° 2
240-242
- HALD H. L'atrésie utérine consécutive au curetage
Acta Obst. Gyn. Scand., 1949, 28, N° 3/4, 169-174
- HAMELIN R. et NETTER A.
Synéchies utérines et grossesses
C.R. Soc. Franç. Gyn., 17 Mars 1958, 28, N°3, 120-126
- HAMM A. Du succès de mon "Fruotulet" en laiton dans la stérilité féminine provoquée par sténose cervicale
Beitr. Fertilität Sterilität, suppl. Zschr. Geburtsh. 1960, 155, 75-78
- HARTEMANN J. et RIBON M.
A propos d'un cas d'adhérences intra-utérines
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr., 1958, 10, N°1, 68-71
- HARTEMANN J., RICHON J. et BRAYE M.
A propos des dangers du curetage post partum
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr. Nov-Déc. 1958, 10, N° 5
558-559
- HENRION C. 7 cas de synéchies utérines traumatiques
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr. Juin-Juil. 1957, 9, N°3
267-268
- HERVET E. Synéchie cervicale et stérilité. Succès thérapeutique inattendu
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obstr., 1957, 9, N°4 bis, 514-515
- HOUEL E. et GARES E. - A propos de 4 cas de synéchies utérines
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr. 1957, 9, N° 4 bis, 523-524



J. K. N. Le traitement des symphyses endo-utérines tuberculeuses
Semaine méd. (suppl. Sem. Hôp. PARIS) 20 Janv.1961
37, N°2, 36-37

JAMES M. et BORY R.

Les sténoses du col utérin
Concours méd. 30 Oct. 1954, 76, N°44, 3985-3989

JAMES M. Synéchies et lésions utérines préexistantes
C.R. Soc. Franç. Gyn. Juin-Oct. 1960, 30, N°6, 408-414

KONONOVA E.S. Tableau radio-clinique de l'atrésie de la cavité utérine
Akoucherstvo Guinek (MOSCOU), 1961, N°1, 72-75

LA SELVE A., CHARTON Y. et BON M.

Synéchies utérines après un curetage post partum traitées par forage. Nouvelle grossesse. Placenta accreta.

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr. Juin-Juil.1960, 12
N°3, 298

LE GOFF J. Synéchie utérine post abortum
Gyn. Obstr. Janv.Mars 1957, 9, N°1, 34-36

LE LIEVRE H. (Melle)

Une dystocie mécanique par synéchies utérines
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr.1957, 9, N° 4 bis,
512-513

LECONTE DES FLORIS H. La prophylaxie des synéchies utérines
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr., 1957, 9, N° 4 bis
516-518

LEROUX P., KERNEIS J.P. et GORDEEFF A. (Mme)

Synéchie cervico-isthmique étagée de l'utérus ayant entraîné la formation d'une tumeur kystique

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr., Av. Mai 1959, 11, N°2, 168-170

LEZNOI S.K. Forme utérine d'aménorrhée après curetage de l'utérus gravide dans un cas d'atrophie du canal cervical avec absence de formation d'un hématomètre

Akoucherstva Guinek (MOSCOU), 1959, N°3, 78-82

LEZAN Y. Les cicatrices de l'endomètre avec ou sans synéchie
Mem. Assist. Et., 10 Mars 1955

LIPOVETZKI N. et RUA I.J.

Synéchies utérines tuberculeuses

Prensa méd. argent., 18 Nov. 1960, 47, 3100-3106

LYONNET R. Un cas de déficit menstruel par synéchie utérine cicatricielle

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr. 1956, 8, N°3, 357

MANESCHI M. A propos d'un cas de synéchie cervicale survenue au cours de la grossesse

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr., 1957, 9, N° 4 bis, 515-516

MATHIEU J. Aménorrhée traumatique

Lyon-Chir., Mai-Juin 1955, 50, N°4, 470-473

MERGER R. Les méfaits obstétricaux du curetage utérin

Sem. Hôp. PARIS, 18 Juil. 1950, 26, N°53, 2574-2578

MERGER R. et BARRAT J.

Considérations sur l'étiologie, les conséquences
obstétricales et le traitement des synéchies
utérines

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr. 1957, 9, N° 4 bis,
511-512

MICHALEWICZ W.

Reconstruction de la cavité utérine
Traitement chirurgical par voie abdominale

Gyn. Obstr., av-mai 1958, 57, N°2, 191-196

MOQUOT P. et MUSSET R.

Trois observations d'atrésies utérines cervico-
isthmiques avec hématomètres, consécutives au
curetage

Gyn. Obstr. (suppl.) 1953, 5, N°5, 538-542

MONDOR C.

Synéchie corporéale. Valeur diagnostique de l'in-
jection du myomètre et des vaisseaux au cours de
l'hystérogaphie dans certains cas douteux.

C.R. Soc. Franç. Gyn. Déc. 1954, 24, N°9, 327-328

MONTBIZET G.

Symphyse endo-utérine tuberculeuse avec déficit
menstruel

Thèse PARIS, 1955, N° 293

MORAES A. (de)

A propos d'un cas de synéchie utérine totale
d'origine tuberculeuse

Gyn. Prat. 1958, 9, N°5, 277-285

MOUSSELMON J. et VILLEDIEU P.

A propos de douze observations de synéchies
utérines

LYON-Chir., Nov. 1958, 54, N°6, 889-894

MUSSET R. et SALOMON Y.

Les insuffisances menstruelles traumatiques,
secondaires aux évacuations utérines artificielles
chirurgicales et obstétricales

Rev. Franç. Gyn. Obstr., Nov. Déc. 1953
48, N° 11-12, 311-353

MUSSET R. et SALOMON Y.

Les adhérences intra-utérines cicatricielles, trau-
matiques et inflammatoires.

C.R. Soc. Franç. Gyn. Nov. 1953, 25, N°7, 352-356

MUSSET R., NETTER A., SOLAL R. et EPPELFAUM R.

Le traitement des symphyses endo-utérines tuber-
culeuses avec aménorrhée primaire.

Gyn. Obstr., Janv. Mars 1960, 59, N°1, 118-139

MUSSET R., NETTER A., RAVINA J. et DEPPORTER L.

Synéchies utérines traumatiques et placenta
accreta : une association fréquente et grave.

Gyn. Obstr., août-oct. 1960, 59, N°4, 450-456

MUSSET R., NETTER A. et SOLAL R.

Les synéchies utérines

Rev. Praticien, 21 Mai 1961, 11, N°15, 1553-1563

NETTER A., LAMBERT (Mme A.) et JAMES M.

Synéchies traumatiques du corps et de l'isthme
utérin

C.R. Soc. Franç. Gyn., Déc. 1954, 24, 9, 321-323

NETTER A., MUSSET R., KAHN J. et SALOMON Y.

Une cause fréquente et peu connue d'hypoménorrhée
et d'aménorrhée. Les synéchies cicatricielles con-
sécutives au curetage

Sem. Hôp. PARIS, 6 Déc. 1954, 30, N°77, 4300-4305

NETTER A., LAMBERT A. et SALOMON Y.

Les synéchies utérines. Synéchies traumatiques et synéchies spontanées.

Gyn. Prat., 1955, 6, N°3, 173-194

NETTER A., MUSSET R., LAMBERT A., SALOMON Y. et MONTBAZET G.

Symphyse endo-utérine tuberculeuse : un syndrome anatomo-clinique et radiologique caractéristique

Gyn. Obstr., 1955, 54, N°1, 19-36

NETTER A. Les synéchies spontanées

Bull. Féd. Gyn. Obstr., 1957, 9, N° 1 bis, 236-252

NETTER A., MUSSET R., LAMBERT A., et SALOMON Y.

Aménorrhée d'origine utérine

B.M. Soc. Méd. Hôp. PARIS, 1955, 71, N° 7-8, 271-273

Les synéchies utérines traumatiques, causes courantes d'insuffisance menstruelle, de stérilité et d'avortement.

Am. J. Obstr. Gyn., Fév. 1956, 71, N°2, 368-375

Deux nouvelles observations d'aménorrhée primaire due à une symphyse tuberculeuse de l'utérus

C.R. Soc. Gyn., Oct. 1959, 29, N°7, 301-306

PEANO M. Aménorrhée traumatique

An. Brasil. Gin., Juin 1955, 39, N°6, 337-342

PLASSE G. et VERDET C.

Curetage, synéchie utérine

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr., 1955, 7, N°4, 451

POHEMICHNIKO V.A.

L'évaluation de la grossesse et de l'accouchement après diathermo-coagulation d'une érosion du col de la matrice

Akouchrstvo i guinecologinia, 1953, N°5, 34-36

POMMIER M.

Deux cas de synéchies utérines traitées par voie basse

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr. Av. Mai 1958, 10, N°2, 212-213

PONTONNIER A.

Cinq observations de syndrome d'ASHERMANN d'origine traumatique

Gyn. Obstr. Janv. Mars 1957, 9, N° 1, 78-80

PONTONNIER A. et ESPAGNO G.

Synéchie utérine d'origine traumatique avec perforation

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr., Août-Oct. 1960, 12, N°4, 438-439

PYE A. et GUERIN R.A.G.

Un cas de synéchie criminelle

C.R. Soc. Franç. Gyn. Janv. 1956, 26, N°7, 32-34

PYE A.

A propos de synéchies

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr., 1957, 9, N° 4 bis, 524-528

RAVINA J.

Les synéchies ou symphyses utérines. Introduction

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr., 1957, 9, N° 4 bis, 483-489

- RIVIERE M. Synéchie utérine récente après curetage, libération
au cours d'une injection de lipiodol. Grossesse im-
médiate.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr. Janv. Mars 1959, 11, N° 1
20-21.
- ROBECCHI E. Aménorrhée et atésies utérines liées au curetage
obstétrical
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr., 1957, 9, N° 4 bis, 521-522
- ROLF B.B. Un instrument sûr pour la dilatation des sténoses
cervicales
Am.J. Obstr. Gyn. : Nov. 1952; 64, N°5, 1181
- ROMAN C. Deux cas de synéchies utérines spontanées
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr. 1955, 7, N°5, 553-664

Deux cas de synéchies utérines spontanées
C.R. Soc. Gyn., Janv. 1956, 26, N°1, 25-28
- SABATIER H. Prophylaxie des synéchies durant les interventions
intra-utérines par voie transcervicale.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr., 9, N° 4 bis, 506-508
- SALOMON Y. (Mme) Les déficits menstruels consécutifs aux évacuations
chirurgicales et obstétricales de l'utérus
Thèse PARIS, Juin 1953, N°663

Les synéchies utérines corporeales traumatiques
C.R. Soc. Franç. Gyn. Déc. 1954, 24, N°9, 323-326
- SEREBRINSKY J. et SIBOLICH M.
Zménorrhée par synéchies utérines.
Prensa med. argent. 25 Sept. 1959, 46, N°39, 2384-2386

SERMENT H., RUF H., GAUJOUX J. et ZOGRAPHOS G.

Deux observations de synéchies utérines traumatiques

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr., Oct. Déc. 1956, 8, N° 5
642-643

SERMENT H. et RUF H.

Deux observations de synéchies utérines traumatiques
Discussion des résultats thérapeutiques

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr. Mai-Juin 1961, 13, N°3,333

SICHEL D. et WOLFF R.

Synéchies utérines

J. Radiol. Electrol., Janv. Fév. 1960, 41, N° 1-2,62-63

SIRBU P., COMAN AL. et VEXLER E.

Considérations cliniques sur 20 cas de synéchies utérines

Gyn. Obstr. Nov. Déc. 1957, 56, N°5, 521-528

SOLAL R., JUDE et PALVADEAU

Synéchies utérines traumatiques et adénomyose

C.R. Soc. Franç. Gyn. Nov. 1956, 26, N°7, 389-395

SOLAL R., BOUCHARA J., LEGROS M., FEKKAR Y. (Mme) et de BRUX J.

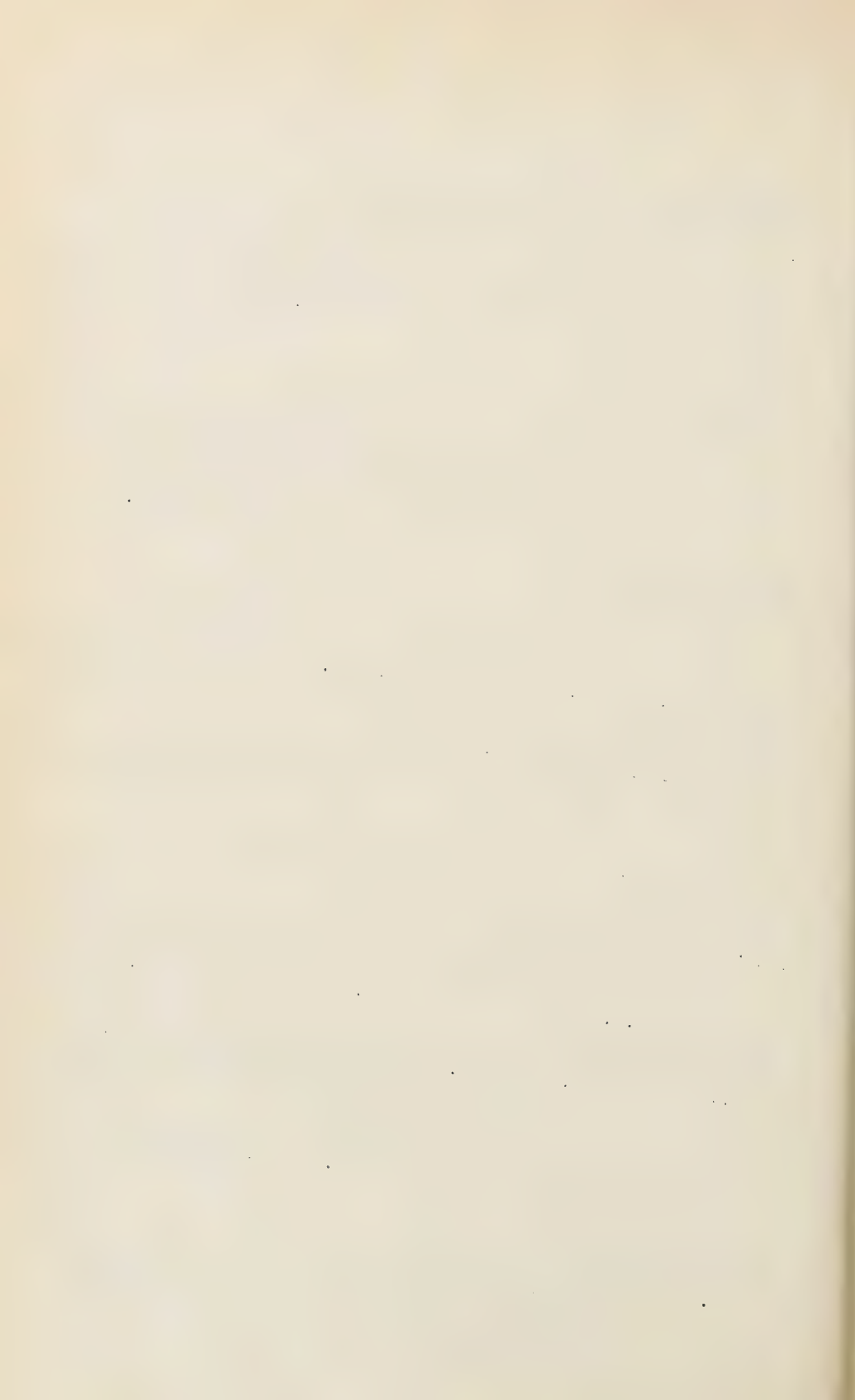
Les synéchies utérines spontanées. De l'endométrite tuberculeuse à la synéchie

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr., Janv. Mars 1960, 12, N°1
16-34

SOLAL R., BOUCHARA J. et LEGROS M.

Les synéchies utérines tuberculeuses (Maladie de NETTER et MUSSET)

Presse Médicale, 10 Déc. 1960, N°55, 2126-2129



THOYER-ROZAT J. et CHADEYRON A.

Quelques risques tardifs et peu connus du curetage utérin

Entretiens de BICHAT (Chirurgie et Spécialités)
1956, 287-292

VALENSI J.G.

A propos des synéchies utérines

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr., 1955, 7, N°5, 620

VAN DEN DRIESSCHE R.

A propos d'hystérogaphies, les synéchies endocavitaires
et les faux polypes susisthmiques

C.R. Soc. Franç. Gyn. Avr. 1956, 26, N°4, 185-191

VAN DEN DRIESSCHE M.R.

Discussion concernant les aspects radiologiques des
synéchies et leur diagnostic différentiel

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obstr., 1957, 9, N° 4 bis,
502-506

VANDENDORP F., GAUTIER P. et DU BOIS R.

Les synéchies utérines traumatiques

J. Radiol. Electrol., Nov-Déc. 1957, 38, N° 11-12,
1127-1129

VESPASIANO RAMOS A. et PEANO M.

Six cas d'aménorrhée traumatique

Ann. Brasil. Gin., Nov. 1955, 45, N°5, 305-322

WALDBOTT VON RASSENHEIM C.

Aménorrhée après curetage utérin

Semana med., 19 Sept. 1957, 64, N°3332, 593-595.

